附件2

指导老师从事中医临床工作

满15年证明

兹有医师 （身份证号码： ），自至 年 月 日至 年 月 日

在 （医疗机构） （科室）

从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日

对指导老师/执业注册信息核查情况

经查医师 （身份证号码： ），自至 年 月 日至 年 月 日

执业注册在 （医疗机构），已满 年。

卫生健康行政部门盖章：

年 月 日